

Intervención en paciente con Trastorno De Personalidad Antisocial; Centrado en el Manejo  
de Habilidades Auto regulatorias y Solución De Problemas

Diana Carolina Ortiz Cáceres

Universidad del Norte  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Barranquilla  
2017

Intervención en paciente con Trastorno De Personalidad Antisocial; Centrado en el Manejo  
de Habilidades Auto regulatorias y Solución De Problemas

Diana Carolina Ortiz Cáceres

Dirigido Por:

Amparo Duran Mosquera

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de  
Maestría en Psicología – Profundización Clínica

Universidad del Norte  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Barranquilla  
2017

## Tabla de Contenido

Información General del Proyecto.....	5
Titulo.....	5
Investigador .....	5
Director .....	5
Introducción.....	6
Justificación .....	7
Área problemática.....	9
Objetivos.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos .....	10
Historia clínica.....	10
Identificación del Paciente.....	10
Motivo de Consulta.....	11
Historia Personal.....	12
Historia familiar .....	12
Genograma.....	13
Proceso de evaluación .....	14
Entrevista semi- estructurada.....	14
Inventario de personalidad 16 PF -5 .....	14
Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV) .....	14
Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado STAI .....	16
INVENTARIO DE PERSONALIDAD PID 5 .....	17
Conceptualización Diagnostica .....	23
Descripción Sesiones:.....	24
Marco Conceptual de Referencia .....	37
Análisis del Caso .....	48
Listado de Conductas Problema.....	48
Unidad de análisis.....	48
Conceptualización cognitiva.....	53
Conclusiones.....	57

REFERENCIAS .....	58
-------------------	----

## Información General del Proyecto

### *Título*

Intervención en paciente con Trastorno De Personalidad Antisocial; Centrado en el Manejo de Habilidades Auto regulatorias y Solución De Problemas

### *Investigador*

Diana Carolina Ortiz Cáceres

### *Director*

Amparo Duran Mosquera

## Introducción

El trastorno de personalidad antisocial en su amplio espectro de síntomas; como lo expone el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales en su quinta versión (DSM 5) describe a las personas con este tipo de personalidad esencialmente con un patrón general de desprecio y violación a los derechos de los demás; esto se traduce en irrespeto a las normas sociales, mentira, conductas impulsivas, irresponsabilidad, y carencia de conciencia moral. Dado que actualmente en un país como Colombia, en donde el irrespeto por los límites de las personas es manifiesto y hasta normalizado, se dificulta la detección y diagnóstico de dicho trastorno cuando las conductas no son marcadamente “graves”; el caso que se abordara, en la presente investigación expone dicha peculiaridad, si bien, cumple con los criterios que el manual diagnóstico describe, son conductas que en ocasiones se han normalizado a tal nivel, que por momentos se torna dificultoso de percibir en consulta. El nivel de manipulación que el paciente ejerce, tiene la particularidad de hacer responsable a otros por sus conductas y prevalece la nula conciencia de enfermedad.

Los Trastornos de personalidad constituye uno de los retos más importantes hoy en día en el campo de Salud Mental; los pacientes con trastornos de personalidad antisocial presenta uno de los problemas más complejos y desafiantes actualmente para los clínicos, los patrones desadaptativos de pensamientos, sentimientos, percepciones y conductas que comienzan muy temprano en la vida y perpetúan a lo largo del tiempo, suelen constituir desviaciones importantes de lo que sería los patrones de vida normal y especialmente del comportamiento interpersonal. Aunque el funcionamiento social y laboral de los individuos con trastorno de personalidad puede estar deteriorados, generalmente mantienen su contacto con la realidad. (Caballo, 2006)

Es por esta razón que el interés se marca en evidenciar parte del tratamiento utilizado en el caso de una paciente, se aplicaron varias técnicas cognitivo conductuales a lo largo del proceso terapéutico de la misma, en particular de esta investigación se resaltarán la aplicación de dos técnicas cognitivo conductuales que a criterio de los resultados obtenidos, el uso de las mismas generó cambios significativos en el proceso terapéutico de la paciente.

El *manejo de habilidades auto regulatoria* se utiliza con el objetivo de disminuir la activación fisiológica, esto sucede cuando se emplea entrenamiento del manejo del afecto, una vez el paciente ha experimentado tal efecto, puede mejorar la capacidad autoregulatoria como lo afirma Nezu y Nezu.( 2006). Asimismo, en este estudio se sobresale el *entrenamiento en Solución de Problemas*; si bien, se encuentra que la paciente mantiene habilidades que pueden contribuir a patrones desadaptativos de comportamiento, se ha identificado que la resolución de problemas como un área de habilidades básicas particularmente importante. Es factible fragmentar la capacidad de resolver problemas en áreas o componentes específicos, algunas de las cuales se asemejan a otras metas, sin embargo la integración o empleo eficaz de diferentes habilidades cognitivas y conductuales de resolución de problemas que se interrelacionan entre sí, requieren entrenamiento específico y práctica continua. Entre otras áreas se hayan el conjunto cognitivo conductual que se enfocan en problemas. Lo que se pretende con la intervención es fomentar las habilidades necesarias para definir y fijar metas realistas, capacidad de generar soluciones alternativas, desarrollar habilidad necesaria para evaluar decisiones y capacidad de comprometerse con soluciones elegidas y llevarlas a la práctica. D´Zurilla, Nezu, (1999).

Destacar estas dos técnicas cognitivo conductuales anteriormente mencionadas en la intervención de una paciente diagnosticada con del trastorno de personalidad antisocial marca una Pauta y permite mejora en el tratamiento eficaz en dicho trastorno, además de posibilitar la ayuda en acciones concretas y minimizar riesgo de daño a otros; como fomentar tratamientos dirigidos a la prevención del trastorno.

### **Justificación**

El trastorno de personalidad antisocial (TPA), pertenece a una de las patologías de personalidad de mayor interés en investigación por la ciencia del comportamiento. Como puntualiza Caballo (2009), el impacto en la sociedad es devastador. Los sujetos con TPA a menudo se involucran en delitos y acciones que amenazan la integridad de las personas, lo que genera costos a nivel social, económico, familiar y personal. La característica principal de esta patología es el irrespeto por las normas sociales y la falta de empatía por el otro,

sugiere que la persona afectada, no mide riesgos y actúa con el objeto de causar daño al otro en diferentes formas.

Dimensionar el daño que causa esta patología, ha sido objeto de estudio de las ciencias humanas; los estudios estadísticos afirman que la prevalencia del trastorno de acuerdo a la muestra poblacional se distribuye; 3% en hombres y 1% en mujeres. (DSM- IV- TR) Aunque estas cifras varían de acuerdo a la población. En el caso de la población Colombiana, según los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en 2015, El 53,3% de la población de 18 años en adelante tienen 1 o 2 rasgos de personalidad antisocial, siendo un poco mayor la proporción de hombres que los presenta (55,8% vs. 50,8% en la mujeres). El 8,3% tienen 3 a 5 rasgos y el 1,8% de esta población tienen 6 o más, en estos casos también es mayor la proporción de hombres (2,8% comparado con 0,9% en mujeres). Esto es congruente con las estadísticas que muestra el DSM-IV –TR.

Para el caso de Colombia, existe una particularidad a tener en cuenta, y se evidencia en una Nación, donde la violencia y la guerra ha marcado a generaciones de los últimos 60 años; En consecuencia, se ha normalizado actos de irrespeto de las normas sociales, en términos de evaluación clínica, dificulta la detección de síntomas; y en intervención, se obstaculiza el insight en los pacientes. Un ejemplo que describe tal fenómeno es; algunas conductas descritas como criterio diagnóstico se normalizado, esto evidenciado en expresiones de las personas como “es que es un pillo.. Muy inteligente...” Lo que pasa es que no se deja” “es que es avisado”, “¡ja!! le saco unos pesitos de más al negocio.. Es que no es pendejo”: Dichas expresiones que muestran en algunos casos el irrespeto a las normas sociales o conductas delictivas, que son percibidas tanto para el clínico tratante como para el paciente y su familia. Adicional a esto, cuando se diagnostica este tipo de trastorno en un joven, como es el caso de investigación, el impacto a nivel familiar es tan fuerte que se evita o se niega el problema hasta cuando las conductas delictivas aparecen.

Teniendo en cuenta el aspecto anterior, marcado por las consecuencias negativas que en particular tiene el trastorno de personalidad antisocial para el sujeto y la sociedad en donde se desenvuelve, se crea una necesidad sentida de promover intervenciones que sean efectivas y eficaces buscando se minimicen riesgo de daño a otros y al sujeto mismo; es por esto que en este caso en particular tratado se evidencia cambios significativos en una paciente,



utilizando dos técnicas cognitivo conductuales que son: *manejo de habilidades auto regulatoria* utilizada con el objetivo de disminuir la activación fisiológica, que busca mejorar la capacidad autoregulatoria como lo afirma Nezu y Nezu.( 2006), y el *entrenamiento en Solución de Problemas*; que busca fomentar las habilidades necesarias para definir y fijar metas realistas, capacidad de generar soluciones alternativas, desarrollar habilidad necesaria para evaluar decisiones y capacidad de comprometerse con soluciones elegidas y llevarlas a la práctica. D´Zurilla, Nezu, (1999). ,

#### *Área problemática*

A continuación se abordara la descripción del área problema encontrada en la paciente en la cual se efectuara el proceso de intervención: La conducta delictiva desarrollada por la joven revela síntomas en relación a sí mismo y otros. La presencia de dificultad a nivel familiar, social, académica /laboral son muestra de deficiencias comportamentales enmarcadas en: desobediencia en las normas, desafío a la autoridad, irresponsabilidad en la ejecución de tareas asignadas, impuntualidad, ausentismo de labores académicas, conductas de riesgo, conductas impulsivas. Las conductas delictivas se relacionan estrechamente con conductas antisociales; existe multiplicidad de términos para hacer referencia a la conducta antisocial, como conductas agresivas e impulsivas, y trastornos o problemas en la conducta entre otros. Sanabria y Uribe (2009) resalta: “el termino conducta antisocial hacer referencia a diferentes comportamientos que reflejan trasgresión de las reglas sociales y/o sea una acción contra los demás”. Siguiendo la línea de Sanabria y Uribe en el (2009) la conducta delictiva se define como “designación legal, basada generalmente en el contacto con las leyes de justicia de un país en el que se encuentra el joven”.

En Colombia de acuerdo a la ley 1622 de 2013 o Estatuto de ciudadanía Juvenil, define como joven a toda persona entre 14 y 28 años cumplidos, en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en 2014 la población joven en Colombia asciende 12.664.492 personas, quienes representan el 26, 5% del total de la población nacional. Según la información suministrada por la Subdirección de Responsabilidad Penal para Adolescentes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) 29.644 ingresaron en el año 2014, correspondiendo en su mayoría al sexo masculino al representar el 88,4%,

mientras que de sexo femenino alcanza el 11,6%. Los delitos de mayor comisión por parte de los y las adolescentes que han ingresado al SRPA entre los años 2007 y 2014 son en su orden: 1) tráfico, fabricación o porte de estupefacientes; 2) hurto; 3) hurto calificado; 4) lesiones personales; 5) fabricación, tráfico y porte de armas de fuego o municiones; y, 6) violencia intrafamiliar. (Datos tomados de Observatorio de Delincuencia Juvenil, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2015). En concordancia a lo anterior las cifras muestran un problema social en incremento, ya que la conducta delictiva en los jóvenes potencia aparición de conductas antisociales, que a su vez, contribuye en una preocupante transgresión a las reglas sociales y acciones en contra de los otros.

En consecuencia, es imprescindible realizar manejos terapéuticos adecuados en pro de la prevención de la conducta delictiva; y para aquellos que ya han cometido actos delictivos proveer tratamientos centrados en desarrollo conciencia moral, empatía, toma de decisiones, resolución de problemas, inteligencia emocional, autocontrol.

## **Objetivos**

### *Objetivo General*

Describir la eficacia de la Intervención Cognitivo – Conductual en un paciente con trastorno de personalidad antisocial centrado en el manejo de las habilidades autoregulatorias y de solución de problemas, favoreciendo el pronóstico.

### *Objetivos Específicos*

Analizar la génesis y factores de mantenimiento del trastorno, seleccionando conductas diana en el caso clínico de TPA

Comparar las diferencias del repertorio conductual y emocional, antes y después de la intervención cognitivo – conductual, centrada en manejo de las habilidades autoregulatorias y de solución de problemas, mostrando la efectividad del proceso.

## **Historia clínica**

### *Identificación del Paciente*

L.N.

Edad: 21 años

Ocupación: Estudiante

Fecha de Nacimiento: 22 de Junio 1994

Fecha de Ingreso: 26 Octubre de 2015

### *Motivo de Consulta*

La madre refiere:

“Es desafiante, hace berrinche, le gusta tomar y salir con los amigos, se mete en problemas”

Paciente refiere:

“Soy berrinchosa, me gusta tomar y varias veces me emborrachado hasta perder la conciencia, me gusta tener plata para comprar mis cosas, tengo problemas con mi mamá, porque ella se quiere meter en todo lo que yo hago”

### *Descripción Sintomática*

La paciente se encontraba cursando su tercer semestre de universidad, cuando la madre de L.N. se entera que está involucrada en un tipo de delito cibernético. Esto ocurre cuando llegan al establecimiento donde labora la madre, la autoridad competente con el fin de verificar la cuenta bancaria y transacciones efectuadas desde un datafono a nombre de la paciente.

L.N. (a quien denominaremos la paciente) se presenta a consulta en compañía de su madre. Presentando conductas desafiantes y manifiestas ser “berrinchosa” con regularidad, manifestó que le gustan las fiestas y consumir alcohol hasta perder la conciencia. Le disfruta tener dinero para comprar lo que ella quiera.

L.N. expresa que tiene problemas con las figuras de autoridad, y que no los acepta. La relación con la madre es variable, hay ocasiones donde se torna agresiva. Presenta conductas antisociales tales como la mentira, engaño, manipulación, robo, dificultad empática, impulsividad.

### *Historia Personal*

Paciente de 21 años de edad, género femenino, procedente de Cartagena de Indias, Bolívar. Escolaridad; tercer semestre de administración de empresas. Refiere que no se siente cómoda con su imagen corporal, que le gustaría tener un busto más prominente y realizarse una cirugía estética. Se considera buena en el estudio y con habilidades sociales adecuadas.

En la observación general que realiza la paciente, manifiesta ser una persona histérica, y con dificultades para controlar emociones. Se describe como una persona lábil, poco responsable.

### *Historia familiar*

La madre de L.N a quien en adelante se referirá como C.S ha tenido dos uniones. En primer lugar, con el padre de L.N. a quién en adelante se conocerá como P.N; de dicha relación nacen un hermano mayor D. N. de treinta años y L.N. de veintiuno. Dicha relación entre P.N y C.S dura alrededor de 10 años. Es una familia conflictiva, la comunicación es deficiente, las pautas de crianza para los hijos son difusas, no hay manejo de contingencias y con regularidad los padres se desautorizan en las órdenes para los hijos; lo que lleva a que la relación se deteriore y se torne agresiva.

Además de esta situación, se suma, el estado económico de la familia, lo que genera que el ritmo de trabajo para los padres varíe, deteriorando aún más la relación familiar hasta el divorcio.

Después de la separación de los padres y por motivos de estabilidad en la institución educativa, L.N. comienza a vivir con su abuela y tia materna, mientras su madre se desempeña en un trabajo que no le permite estar al cuidado de la misma, por esa misma razón el hermano mayor D.N se traslada a vivir con su padre, esto sucede por poco tiempo ya que comienza sus estudios profesionales y es trasladado a un lugar donde habita solo. La madre y en ocasiones el padre se hacen cargo de la manutención.

Por otra parte, L.N convive con la familia materna y en vacaciones se traslada a compartir con la familia paterna. L.N. muestra gran empatía y admiración por su abuelo, con quien comparte y la relación es estrecha. Cuando la paciente cumple 8 años de edad su abuelo paterno fallece, lo que genera en L.N tristeza y cambios comportamentales significativos.

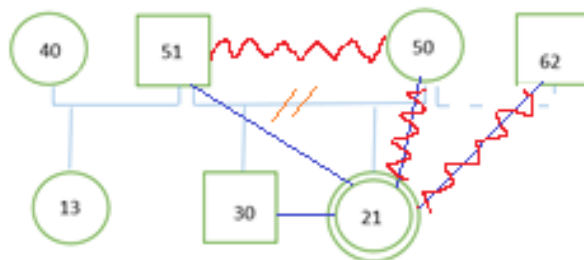
Después de esta situación, significativa para la paciente, viene otra serie de cambios; los padres de la paciente se separan, hace diez años aproximadamente, y recuerda que la relación con sus padres era agresiva (verbal y física).

Actualmente la relación de la paciente con su padre está motivada por el dinero que le pueda proporcionar, a su vez, la relación con la madre es cambiante, con su hermano mayor se rompe cuando este se entera de la actividad delictiva en la que se encuentra involucrada. L.N. dice haber terminado una relación afectiva; ya que su pareja era la facilitadora para la actividad delictiva.

La infancia, L.N. fue normal en sus procesos. La madre refiere que la infancia de la paciente experimenta varios eventos que para ella son significativos, pasando por situación de bullying en el colegio. Cuando tenía 6 años los padres de la paciente inician el proceso de separación; y a la edad de 8 años muere su abuelo paterno, figura significativa para la LN. De esta época en adelante la paciente mantiene cambios constantes de residencia, pasa periodos al lado de su madre, y otros en casa de tías y abuelas.

Actualmente y proporcionando mayor estabilidad y control para L.N. la madre decide dejarla al cuidado de una hermana, y su madre. Ya que el contexto facilita proponer cambios en la paciente y de igual forma aleja del contexto actual facilitados de las conductas inadecuadas.

### *Genograma*



Sus padres se encuentran separados. La relación entre sus figuras paternas es agresiva. La relación con el padre es distante, con la madre es distante conflictiva. Su hermano vive en Otra ciudad y la relación es distante. Con la nueva pareja de su madre la relación es distante y conflictiva.

## **Proceso de evaluación**

### *Procedimiento de evaluación*

Al llegar la paciente se evalúa con las siguientes técnicas:

*Entrevista semi-estructurada*

*Inventario de personalidad 16 PF -5*

L.N. se muestra como una persona fría, distante, y de pensamiento concreto. Se evidencia baja estabilidad emocional, es decir, se describe como una persona que siente que no ha logrado sus metas, que su vida es insatisfactoria con una imagen pobre de sí misma y sentimientos de auto menosprecio. Busca proteger el dominio de su espacio emocional, no duda en expresar sus ideas y en defender sus derechos. Muestra tendencia al movimiento. Puede llegar a mostrarse como una persona despreocupada, inconformista y agresiva, en algunos casos. Ocasionalmente puede atreverse a cruzar los límites interpersonales, siendo capaz de iniciar interacciones con extraños. Es impaciente, dependiente, inmadura, introspectiva y tolerante al desorden. Puede llegar a ser imaginativa. Se observa deseosa de atención. Es muy desconfiada, mostrando de esta manera una actitud vigilante. Se evidencia poca apertura al cambio e incapacidad para adaptarse a nuevas circunstancias, se le dificulta actuar con otros, muestra tendencia a trabajar sola debido a que percibe a los demás como lentos o ineficientes. Cuando las circunstancias le obligan a establecer relaciones de colaboración su respuesta suele ser insatisfactoria. Se observa conflictos para establecer y mantener relaciones mutuamente gratificantes. Muestra un puntaje muy alto en tensión, lo que podría expresarse en ansiedad manifestada en problemas de sueño, cavilaciones, agitación, impaciencia e irritabilidad. Sentimientos que serían como resultado de un exceso de demandas del entorno en el que se desenvuelve con conducta voluntariosa, y de dificultad para aplazar la satisfacción de sus necesidades. Adicionalmente, se observa poca capacidad de emprendimiento y un esfuerzo deliberado por dar una imagen negativa.

*Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV)*

Ficha Técnica

Nombre Original: "Cuestionario de valores Interpersonales"

Autor: Leonard V. Gordon

Procedencia: Science Research Associates - Chicago, Illinois

Adaptación Peruana: Leonardo S. Higuera y Walter M. Pérez

Aplicación: Colectiva o individual.

Tiempo de Aplicación: No hay límite de tiempo, normalmente toma entre 15 y 20 minutos, incluyendo el periodo de instrucciones.

Corrección: A mano, mediante la aplicación de plantillas de corrección directamente sobre la hoja de respuestas. El formato de la prueba permite una corrección rápida: 3 minutos aproximadamente.

Puntuación: 2, 1, ó 0 puntos según el tipo de respuestas.

Puntuación máxima: 32, 30 ó 26 según las escalas.

Ámbito de Aplicación: 14 ó 15 años en adelante; diversos niveles culturales y profesionales, aunque no es apropiada su aplicación en ambientes o individuos de poco nivel formativo.

Busca los valores que un sujeto posee o adopta y que se pueden considerar como un aspecto de la configuración de su personalidad. Los valores pueden constituir un medio para determinar lo que los sujetos hacen y cómo lo hacen; muchas de sus decisiones inmediatas o sus planes a largo plazo están influidos, consciente o inconscientemente, por el sistema de valores que adopten.

El Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV) presenta una validez de constructo que de acuerdo a las escalas que forman parte del instrumento, existe un predominio de correlaciones inversas, de grado considerable y altamente significativas.

Respecto a la confiabilidad del Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV), para la Escala de Independencia una puntuación de 0.77, Escala de Soporte y Liderazgo con una puntuación de 0.75, la Escala de Reconocimiento con un valor de 0.78, la Escala de Benevolencia y Conformidad con 0.72.

### *Interpretación*

Se trata de una persona poco preocupada por la imagen que transmite, por los elogios de los demás o por obtener una posición social destacada. Le gusta decidir la orientación que quiere dar a sus cometidos, según sus propios criterios. Valora y prefiere la libertad de acción y la capacidad de decisión, en detrimento a veces del espíritu de equipo y de las personas cercanas. No le interesa el cambio ni tiene interés en hacer cosas variadas. Suele mantener un comportamiento previsible, porque está apegado a sus costumbres. Puede tener dificultad para adaptarse al a las novedades. Puede interesarse por los demás y ayudarles, sin que ello sea una de sus prioridades principales. No es dependiente de las opiniones de la aprobación de los demás. Afirma su personalidad sin ayudas externas. Siente la necesidad de estar de acuerdo con las reglas y valores de su entorno. Es una persona respetuosa con los convencionalismos. En ocasiones, puede resultar dependiente y buscar la aceptación de los demás en detrimento de su iniciación o convicciones. No busca sistemáticamente el poder, pero necesita ejercer cierta influencia sobre otros.

### *Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado STAI*

Autor: C.D. Spielberger, R.L.Gorsuch y R.E. Lushene

Adaptadores: G. Buéla-Casal, A. Guillén-Riquelme y N. Seisdedos Cubero (Dpto de I+D+i de TEA Ediciones).

Autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio (Ansiedad/estado) y como rasgo latente (Ansiedad/rasgo).

Aplicación: Individual y colectiva.

Tiempo: Variable, 20 minutos, aproximadamente.

Edad: Adolescentes y adultos.

STAI: Es un cuestionario para evaluar la ansiedad; se centra en dos conceptos independientes: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. La primera como un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo, y la



segunda como una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

## STAI

A/E PD =  $30 + -7 = 23$  Tend. Promedio

A/R PD =  $21 + 7 = 28$  Sobre Promedio

La paciente muestra un puntaje de análisis que muestra un resultado: sobre promedio. Así se puede concluir que la paciente no tiene ansiedad estado, ni tampoco ansiedad rasgo.

## INVENTARIO DE PERSONALIDAD PID 5

R. F. Krueger, J. Derringer, K. E. Markon, D. Watson & A. E. Skodol, 2012

Versión española de Gutiérrez F, et al. Assessment 2015

El inventario de personalidad (PID -5) evalúa facetas y rasgos en una escala de 0 a 3. Puntuaciones de 2 o mayores, significa la presencia de la faceta. De acuerdo a los resultados de la paciente Luisa, no se evidencia puntaje por encima de 2, los puntajes muy cercanos a 2 serán interpretados a continuación ya que son materia de trabajo terapéutico para la misma.

	A.Faceta del rango de personalidad	B. ítems del PID-5	C. Puntuacion total/parcial	E. Puntuacion promedio
<b>PARA USO EXCLUSIVO DEL CLINICO</b>	Anhedonia	1, 23, 26, 30R, 124, 155R, 157, 189	<b>6/8</b>	<b>0,75</b>
	Ansiedad	79, 93, 95, 96R, 109, 110, 130, 141, 174	<b>16/9</b>	<b>1,78</b>
	Búsqueda de atención	14, 43, 74, 111, 113, 173, 191, 211	<b>13/8</b>	<b>1,63</b>

	Insensibilidad	11, 13, 19, 54, 72, 73, 90R, 153, 166, 183, 198, 200, 207, 208	<b>18/14</b>	<b>1,29</b>
	Falsedad	41, 53, 56, 76, 126, 134, 142R, 206, 214, 218	<b>11/10</b>	<b>1,10</b>
	Depresividad	27, 61, 66, 81, 86, 104, 119, 148, 151, 163, 168, 169, 178, 212	<b>11/14</b>	<b>0,79</b>
	Distractibilidad	6, 29, 47, 68, 88, 118, 132, 144, 199	<b>11/9</b>	<b>1,22</b>
	Excentricidad	5, 21, 24, 25, 33, 52, 55, 70, 71, 152, 172, 185, 205	<b>25/13</b>	<b>1,92</b>
	Inestabilidad emocional	18, 62, 102, 122, 138, 165, 181	<b>13/7</b>	<b>1,86</b>
	Grandiosidad	40, 65, 114, 179, 187, 197	<b>11/6</b>	<b>1,83</b>
	Hostilidad	28, 32, 38, 85, 92, 116, 158, 170, 188, 216	<b>16/10</b>	<b>1,60</b>
	Impulsividad	4, 16, 17, 22, 58R, 204	<b>8/6</b>	<b>1,33</b>

	Evitación de la intimidad	89, 97R, 108, 120, 145, 203	9/6	1,50
	Irresponsabilidad	31, 129, 156, 160, 171, 201, 210R	6/7	0,86
	Manipulación	107, 125, 162, 180, 219	8/5	1,60
	Desregulación perceptual	36, 37, 42, 44, 59, 77, 83, 154, 192, 193, 213, 217	19/12	1,58
	Perseveración	46, 51, 60, 78, 80, 100, 121, 128, 137	13/9	1,44
	Afectividad restringida	8, 45, 84, 91, 101, 167, 184	8/7	1,14
	Perfeccionismo rígido	34, 49, 105, 115, 123, 135, 140, 176, 196, 220	14/10	1,40
	Toma de riesgos	3, 7R, 35R, 39, 48, 67, 69, 87R, 98R, 112, 159, 164R, 195, 215R	22/14	1,57
	Inseguridad por separación	12, 50, 57, 64, 127, 149, 175	9/7	1,29
	Sumisión	9, 15, 63, 202	¾	0,75

	Suspicious	2, 103, 117, 131R, 133, 177R, 190	13/7	1,86
	Creencias y experiencias inusuales	94, 99, 106, 139, 143, 150, 194, 209	12/8	1,50
	Retirada	10, 20, 75, 82, 136, 146, 147, 161, 182, 186	14/10	1,40

PARA USO EXCLUSIVO DEL CLINICO	A. Dimensión del rasgo de personalidad	B. PID-5 Escalas de facetas que contribuyen principalmente a la dimensión	C. Total de puntuaciones promedio de la faceta (de la columna E de la tabla de facetas)	D. Promedio general de puntuación de faceta (El total en la columna C de esta tabla dividido por 3 [por ejemplo, el número de escalas listadas en la columna B])

	Afecto negativo	Inestabilidad emocional, Ansiedad, Inseguridad por separación	4,92063492063492/3	1,64
	Desapego	Retirada,, Anhedonia, Evitación de la intimidad	3,65/3	1,22
	Antagonismo	Manipulación, Falsedad, Grandiosidad	4,53333333333333/3	1,51
	Deshinibición	Irresponsabilidad, Impulsividad, Distractibilidad	3,41269841269841/3	1,14
	Psicotisismo	Creencias y experiencias inusuales, Excentricidad, Desequilibrio/Desregulación perceptual	5,00641025641026/3	1,67

### INTERPRETACION:

El inventario de personalidad (PID -5) evalúa facetas y rasgos en una escala de 0 a 3. Puntuaciones de 2 o mayores, significa la presencia de la faceta. De acuerdo a los resultados de la paciente Luisa, no se evidencia puntaje por encima de 2, los puntajes muy cercanos a 2 serán interpretados a continuación ya que son materia de trabajo terapéutico para la misma.

### FASETAS

Ansiedad (1,78) sentimientos de nerviosismo y tensión o pánico en respuestas diversas situaciones; preocupación frecuente por los efectos negativos de las experiencias pasadas desagradables y por las posibilidades futuras negativas; sentir miedo, y aprehensión por la incertidumbre, esperando que suceda lo peor.

Búsqueda de atención (1,63) participar en conductas diseñadas para hacerse notar y ser el foco de atención y de admiración de los demás.

Excentricidad (1,92) comportamiento apariencia y habla raros, inusuales o extravagantes; pensamientos extraños o impredecibles, discurso aberrante o inapropiado

Inestabilidad emocional (1,86) : labilidad de las experiencias emocionales y del estado de animo, las emociones se despiertan con facilidad, con gran intensidad o con manera desproporcionada de acuerdo al suceso y circunstancia.

Grandiosidad (1,83): Creer que uno es superior a los demás y se merece un trato especial; egocentrismo; sentimientos de "tener derecho", condenseñdecía hacia los demás.

Hostilidad (1,60) Sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a desprecios e insultos menores; comportamiento mezquino, desagradable o vengativo.

Manipulación (1,60) Uso de subterfugios para influir o controlar a los demás, empleo de la seducción, el encanto, la labia o la adulación para conseguir sus fines.

Desregulación perceptual (1,58): Procesos y experiencias de pensamiento extrañas o inusuales como despersonalización, desrealizacion y experiencias disociativas, estados combinados de sueño y vigilia, vivencias de control de pensamiento

Perseveración (1,44) Prevalencia en la tarea o en la forma particular de hacer las cosas a pesar que dicho comportamiento ha dejado de ser funcional o eficaz; continuación del mismo comportamiento tras experimentar repetidos fracasos o razones clara para parar.

Toma de riesgo (1,57) Implicarse y realizar actividades peligrosas, arriesgadas y potencialmente dañinas para uno mismo sin necesidad y sin tener en cuenta las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones y negociación de la realidad del peligro personal; búsqueda desordenadas de metas sin importar el nivel de riesgo involucrado.

Susplicacia (1,86) Expectativas y sensibilidad a señales de prejuicio o mala intención interpersonal; dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás. Sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguido por otro.

## DOMINIOS

Afecto negativo (1,64): Experiencias frecuentes e intensas de niveles elevados de variadas emociones negativas (ansiedad, preocupación, ira) y sus manifestaciones conductuales.

Antagonismo (1,51): Se caracteriza por conductas que sitúan al individuo en conflictos con otras personas, como un sentido exagerado de la propia importancia y la consiguiente

expectativa de merecer un trato especial. Así como antipatía insensible hacia los otros, que abarca tanto una falta de conciencia de las necesidades y sentimientos de los demás como la predisposición a utilizar a los otros en su propio beneficio.

Psicotisismo (1,67): Se caracteriza por exhibir una amplia gama de conductas y cogniciones incongruentes y extrañas, excentricidades.

### **Conceptualización Diagnostica**

De acuerdo a la evaluación realizada en la paciente se encuentra:

EJE I: Síntomas de Ansiedad

EJE II: Trastorno de Personalidad Antisocial

EJE III: No reporta

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de Apoyo

EJE V: 52

### Descripción Sesiones:

SESION	OBJETIVO	TECNICA	RESULTADO
1	Favorecer la autorregulación conductual	Entrenamiento en autoinstrucciones	<p>Se le solicita a L.N que visualice una persona en la cual evidencie resolver los problemas con calma y con resultados exitosos (modelo) una vez este modelo este claro, se le pide realice un listado de las conductas y acciones que este modelo realiza para resolver situaciones en la cotidianidad. Una vez el listado este realizado se prosigue a realizar imitación por parte de la usuaria en el consultorio.</p> <p>L.N se muestra en principio renuente a participar en la actividad (resistencia) por lo cual requiere de habilidades terapéuticas que permitan mayor confianza en la paciente. Posterior a esto encuentra que su modelo a seguir es su abuelo, ya que considera que fue una persona calmada y resolvía problemas con facilidad y sin tener inconvenientes. Se realiza el listado de conductas, que ella considera que necesita para enfrentar una situación</p>



			<p>cotidiana. Logra detectar instrucciones positivas como “vas bien” “haces un buen trabajo” “las personas siempre están dispuestas ayudar” “hay que pensar en los otros también”</p>
2	Favorecer la autorregulación conductual	Entrenamiento autoinstrucciones en	<p>Por medio de juego de roles se le solicita a la paciente realizar una tarea simple. (colorear una figura con tres tipos de colores que están relacionados con las formas) y se le solicita que utilice las autoinstrucciones ya antes detectadas para solucionar la actividad.</p> <p>L.N. reporta haber realizado la actividad utilizando las autoinstrucciones que ha detectado y realizado en un listado. En este punto las autoinstrucciones se van dando con la ayuda del terapeuta.</p> <p>L.N. refiere que se le hace más fácil cuando alguien le recuerda que “va bien” y que los errores se pueden corregir con mayor facilidad.</p>

			<p>A continuación se le solicita que estas instrucciones las realice con todos los ejercicios que se le soliciten es decir que utilice las autoinstrucciones en voz alta cada vez que realice actividades de tipo académico. La paciente reporta que “es cómico hablarse uno solo” pero que lo realiza con regularidad.</p>
3	Disminuir de activación fisiológica generada por las emociones negativas	Entrenamiento En respiración diafragmática	<p>Se le pide a la paciente que se acomode lo mas cómoda posible. Después se le solicita que preste atención en su respiración, y como es el movimiento del pecho o abdomen cuando ella respira. Se le dan las indicaciones para respirar.</p> <p>Al principio lo realiza con rapidez lo que genera mareo, se le vuelven a dar las indicaciones sobre los tiempos y los ensayos, hasta que ella lo va realizando de manera correcta. Ella identifica mientras realiza el entrenamiento que se siente más tranquila.</p>

4	Disminuir de activación fisiológica generada por las emociones negativas	Técnica de relajación progresiva	<p>Se realiza la aplicación de la técnica a la paciente, en el consultorio, se pide que se acueste en una colchoneta que se ha designado para la misma. Al principio denota tensión, y poca colaboración para la misma, mientras se involucra en el entrenamiento, realiza el seguimiento de las instrucciones dadas. Se relaja hasta quedarse dormida. Se permite dormir 10 minutos y al cabo del mismo, se comienza a despertar de manera calmada. Al terminar el ejercicio la paciente reporta que se siente muy tranquila, relajada, que el dolor en la espalda y cuello ya no lo tiene. Y que su nivel de estrés es 0. Se le solicita a la paciente que los ejercicios realizados los siga trabajando en su casa.</p>
5	Facilitar la preparación y asimilación de acontecimientos estresantes	Entrenamiento en Inoculación de Estrés	<p>En base a la evaluación previamente realizada a L.N. se le enseña a detectar y definir los problemas en términos concretos es decir, en términos conductuales. Se le ayuda a diferenciar cuales son los</p>

			<p>pensamientos automáticos que acompañan el problema, así como las emociones que ella siente, donde las ubica y la respuesta conductual que tiene. La paciente reporta que no es fácil en principio poder entender la emoción y la ubicación de la misma, por esto se utilizan diferentes herramientas de tipo didáctico que le permitan a la paciente con mayor facilidad entenderlo. Con la comprensión necesaria la paciente reporta en su discurso detección de los pensamientos y las emociones que vienen consigo, es más fácil nombrarlas y especificar fisiológicamente la activación. Esto trae como consecuencia que pueda advertir conductas mal adaptativas antes de que sucedan. Relata –“hoy tuve una discusión con mi mamá por teléfono, ya que le pedí dinero para unas extensiones que necesito, porque la que tengo ya se dañaron, ella me dijo que no porque aún no me permiten manejar dinero y que disque no</p>
--	--	--	--

			<p>las necesito... Cuando ella dijo esto sentí que me daba mucho calor en la cara y temblaba, quería partir el celular, pero respire... me di cuenta que tenía rabia y le dije que habláramos más tarde”</p> <p>Reconozco que ya me doy cuenta de lo que pasa en mi cuerpo y me hace pensar en lo que debo contestar.</p>
6	Promover la adquisición y entrenamiento en habilidades	Inoculación de Estrés Juego de roles	<p>Con base a la evaluación previamente realizada a E.N. se evidencia que con regularidad evita situaciones en donde generan mayor responsabilidad para ella ya que al ser asignadas las abandona o incumple con lo requerido.</p> <p>Al manejar estrategias cognitivas tales como: entrenamiento en auto refuerzo, reestructuración cognitiva, preparación para enfrentarse al estresor.</p> <p>Por medio de la técnica juego de roles se realiza una exposición de su hoja de vida en una posible entrevista de</p>

			<p>trabajo, la paciente se muestra motivada a la actividad y se comienza con el ejercicio. Responde de manera asertiva en todos los intentos por la terapeuta para causar incomodidad y frustración.</p> <p>En el cierre de la actividad se evidencia que la paciente se manejo adecuadamente, respondio de manera asertiva y cuando se presentó el estresor pudo controlar la emoción.</p>
7	Promover flexibilidad cognitiva, por medio de la creatividad	Terapia solución de Problemas	<p>Trabajo con fichas: Con el propósito de promover solución de problemas y creatividad, se le propone a la paciente una actividad utilizando fichas de lego; la instrucción es: te han pedido que crees un postre y lo muestres a unos posibles compradores de una marca reconocida, debe cumplir con criterios tales: sabores nuevos, presentación innovadora y nueva receta de su creación.</p> <p>Paciente atenta a la instrucción, Se le dificulta proponer soluciones frente a la</p>

			instrucción; en principio rechaza la actividad, denota malestar por la misma, ante la insistencia y motivación, comienza su ejecución. Muestra poco interés, refiere ideas sobre su postre poco innovadoras, con respecto a esto último se le recuerda que debe “inventar un postre” a lo cual persevera en las mismas ideas poco estructuradas y alejadas de la innovación.
8	Promover pensamiento flexible y proyección a futuro.	Terapia Solución de problemas	Se realiza explicación sobre la importancia de plantear un proyecto de vida, se prioriza explicación en el tema de Objetivos, Metas y propósito. Se alienta a la paciente a pensar y redactar sus propios objetivos, metas y propósitos.
9	Promover pensamiento flexible y proyección a futuro y toma de decisiones	Terapia Solución de problemas	Búsqueda de Universidad: De acuerdo a lo evaluado en la paciente con respecto a su orientación Vocacional y apoyando el proyecto de vida que se ha comenzado a trabajar se propone la actividad de búsqueda de Universidad para

			<p>retomar estudios en el mediano plazo.</p> <p>La paciente se muestra motivada y con estado de ánimo alegre, ya que refiere que le agrada la idea de retomar estudios en Administración de Empresas, después del viaje a Cartagena, tiene claridad sobre su futuro inmediato y hace conciencia en qué lugar puede buscar su nueva universidad.</p> <p>En la búsqueda realizada se le solicita que indague sobre todas las universidades que ofertan la carrera deseada, plan de estudios, costos, requisitos de inscripción, y plan de homologación.</p> <p>Con esta información debe realizar una tabla que muestre tal información para que tenga claridad en la toma de decisiones.</p> <p>La actividad resulta provechosa ya que le permite a la paciente tomar la decisión de la universidad más adecuada y que cumpla sus propios requerimientos.</p>
--	--	--	--



10	Promover pensamiento flexible y proyección a futuro.	Terapia Solución de problemas	<p>Se indaga en la paciente sobre su habilidad de tomar decisiones, los aprendizajes obtenidos a través del ejercicio realizado. Refiere necesario todo el proceso requerido para tomar decisiones, puesto que esto para ella "ayuda y aclara" sobre las posibles soluciones que existe y como mejoraría en su diario vivir dicha Planeación.</p> <p>Encuentra dificultades con respecto a esta habilidad, ya que considera que las emociones juegan un papel importante en sus propias toma</p>
11	Promover Toma de decisiones enfatizadas en las competencias sociales y flexibilidad cognitiva.	Terapia Solución de Problemas	<p>La tarea a realizar consiste en inventarse una empresa con un producto innovador, para esto se debe realizar actividades propias del conocimiento de la administración de empresas como: estudio de mercado, precio, competencia, etc. Después de realizar dicho estudio debe realizar una presentación de su empresa asumiendo el rol de administradora y potenciando</p>

			<p>la venta de la misma a diversos posibles compradores.</p> <p>Para esta actividad, la paciente se muestra poco colaboradora, cuando se logra enganchar en la misma, sugiere productos existentes en el mercado a lo cual se hacen rechazos por parte de la terapeuta, esto genera frustración en la misma y emociones negativas en consulta. Después de varias sesiones consigue un producto innovador. La realización de esta actividad es poco atractiva para la paciente, ya que genera en ella tareas cognitivas como creatividad donde aún persiste déficit.</p> <p>En cuanto a la presentación, se evidencia posturas corporales no adecuadas, su porte y actitud no son coherentes con el rol que se le ha asignado.</p>
12	Promover pensamiento flexible y proyección a futuro.	Terapia Solución de Problemas	<p>Fase 1:</p> <p>Se le solicita que diligencie un formato donde evidencie sus objetivos a corto plazo (2 semanas) mediano plazo (mes de junio) y largo plazo (mes de diciembre)</p>

			<p>Fase 2:</p> <p>Con la actividad anterior realizada, se le solicita realice una lista de chequeo que muestre conductualmente que debe realizar cada una de los objetivos anteriormente planteados.</p> <p>Fase 3:</p> <p>Finalmente con ayuda de unos papeles de colores se le solicita que escoja dos por cada uno de los objetivos planteados, en ellos plasme de la manera que se le ocurra cada uno de los objetivos planteados y exponga las razones de por que ha decidido escoger el color y plasmarlo de la manera en que lo ha determinado.</p> <p>Para esta actividad, la paciente se muestra poco colaboradora, cuando se logra enganchar en la misma, sugiere objetivos poco centrados en la realidad de la paciente a lo cual se hacen rechazos por parte de la terapeuta, esto genera frustración en la misma y emociones negativas en consulta. Después de varios</p>
--	--	--	--

			intentos consigue redactar objetivos alcanzables en cada uno de los tiempo asignados. La realización de esta actividad es poco atractiva para la paciente, ya que genera en ella tareas cognitivas como creatividad donde aún persiste déficit.
--	--	--	---

En el cuadro anterior se evidencia el grueso de las intervenciones realizadas, cabe destacar que con la paciente para cada una de las técnicas anteriormente mencionada y explicadas se necesitó más de la sesión que aparece en la tabla, ya que, era necesario realizar réplicas del ejercicio en diferentes contextos con el fin de generalizar el aprendizaje. En el caso de la sesión 3 (entrenamiento en respiración diafragmática) esta se siguió manejando en todas las sesiones atendidas justo antes de comenzar y al terminar cada sesión, sin contar que en la técnica inoculación del estrés, la técnica anterior es requerida y se aplicó. Por otra parte, en la sesión 4 (entrenamiento en relajación progresiva) se sigue utilizando sobre todo en aquellas sesiones en donde la paciente se le requería enfrentarse a situaciones de estrés.

### **Marco Conceptual de Referencia**

La personalidad es definida como un modelo complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica (Millon, 2006). Enraizamiento caracterizado por repertorios conductuales, esquemas cognitivos particulares que se van adaptando a lo largo del desarrollo de la persona y se clasifica en variadas categorías.

De esta manera, la personalidad no puede ser comprendida solo desde el interior, ya que las diferentes teorías registran que la personalidad está inmersa intrínsecamente en un contexto. En este sentido, gran parte de la vida personal está presente dentro de diferentes tejidos socioculturales empezando por la familia. Por lo tanto la personalidad se argumenta del contenido de estas relaciones y solo desde ellas puede ser argumentativamente comprendida (Millon, 2006). Desde la corriente cognitiva Beck, Freedman 1990, sugieren que las formas cómo percibe la realidad la persona, esta es categorizada en “esquemas” (reglas específicas que gobiernan el procesamiento de la información y de la conducta), patrones de pensamientos que se clasifican en una variedad de categorías funcionales o disfuncionales para el logro de sus metas únicas. – por ejemplo, esquemas personales, familiares culturales, religiosos, de sexo, ocupacionales. Solo por nombrar algunas explicaciones del concepción de personalidad.

Adicional a las teorías explicativas de la personalidad es indispensable abordar los conceptos de elementos básicos para entender cómo se desarrolla la personalidad. Los criterios como temperamento y carácter son fundamentales; el primero hace referencia a la herencia genética que todos los seres humanos poseen, este legado se enmarca desde la recodificación del DNA, bioquímica encargada de direccionar información que promueve pensamientos y conductas de comportamiento. El segundo se origina a partir de las interrelaciones durante los primeros años de vida, enlazándose con el temperamento, y de esta manera se crean las experiencias que dejan huellas de recuerdos los cuales se expresan en sentimientos agradables o desagradables que se expresan a través de conductas las cuales terminas configurando la identidad personal.

Hay que señalar, además, que en la medida en que el ser se va desarrollando se vincula a patrones persistentes en formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre sí mismo. Conductas que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales; cada una de estas actitudes de pensar y actuar se llegan a establecerse como arquetipos de personalidad.

Lo dicho hasta aquí supone que, para entender la complejidad de la configuración de la personalidad, se hace necesario gran variedad de constructos psicológicos que enmarquen su presentación dentro del desarrollo de la misma. Sin embargo, el interés está concebido para entender la personalidad psicopatológica, y en este sentido, la configuración del trastorno de personalidad antisocial.

Los elementos anteriormente mencionados, encabezan la importancia, en aceptar la existencia de predisponentes de la manifestación de conductas de personalidad psicopatológica. En lo referente a los rasgos de personalidad; estos sólo constituyen trastornos de la personalidad cuando son inflexibles (rigidez y poca adaptación a cambios en situaciones o circunstancias) y desadaptativos (repertorios conductuales o esquemas de pensamiento inadecuados o alejado de lo socialmente aceptable y ligado a la cultura) y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo (Millon, 2006).

La característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencias internas y de comportamientos que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; de acuerdo a lo que plantea el DSM IV TR.

Acogiendo la Perspectiva Interpersonal para el estudio de la personalidad; y en este caso la personalidad psicopatológica Sullivan, 1953 considera que algunas formas de trastorno mental se manifiestan a través de la identificación del ser con patrones de conductas desadaptativas de interacción y comunicación social. Los interpersonalistas, sostienen que los demás son fundamentales para la formación de nuestra identidad del ser; las comunicaciones que se experimentan son validantes y confirman como el ideal del sí mismo (Millon, 2006). Uno de los atractivos de la perspectiva interpersonal es la sólida relación que

existe entre la teoría y los constructos que se derivan de ella; uno de los más importantes es la **complementariedad**. Según (Kiesler, 1983 citado por Millon, 2006) —las acciones interpersonales pretenden provocar, impulsar, suscitar, extraer, atraer o evocar determinadas formas de reacción de las personas con los interactuantes, especialmente de los otros significativos. En otras palabras, cada oferta interpersonal pretende excluir implícitamente respuestas invalidantes, aquellas que son incongruentes con la imagen que les gustaría que los demás tuvieran de ellos, y únicamente incluir de forma implícita respuestas validantes, aquellas que confirman la presentación del sí mismo (Millon, 2006).

Desde la perspectiva cognitiva conductual se define personalidad, desde el espectro de los rasgos psicopatológicos de la misma en la evaluación de la conducta. Esta no solo está mediada por factores cognitivos, sino también por el conocimiento erróneo de la cognición humana. El origen latino del término cognitivo (*cognoscere*) significa —poseer conocimiento. Probablemente la mejor manera de definir la perspectiva cognitiva es a partir de las diferencias de los modelos alternativos. Asimismo, antes de acertar cualquier acción se tiene en cuenta las probabilidades pasadas y las circunstancias futuras a la hora de desarrollar planes para conseguir los objetivos que el paciente genere (Millon, 2006).

La perspectiva cognitiva hace hincapié en que la mente está constantemente desarrollando construcciones las cuales generan implicaciones de largo alcance. Tales constructos dan origen a los “esquemas cognitivos” que actúan como una visión de percepción del mundo (proporcionan las instrucciones que guían el centro, la dirección y las cualidades de la vida diaria, así como las contingencias especiales) dando lugar a conductas coherentes a dichos esquemas. De ahí que la terapia cognitiva postula importantes estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente en categorías partiendo de pensamientos que se dan de manera automática, dichos indicadores hacen parte de esquemas mal adaptativos y a su vez hacen parte de creencias centrales de la estructura de pensamiento del sujeto (Beck, 1967).

Los teóricos de la terapia cognitiva comparten la idea de que el tratamiento de los trastornos de personalidad es más productivo al identificar y modificar los problemas “nucleares”. La premisa básica del modelo de terapia cognitiva es que la fuente principal del afecto y la

conducta disfuncional en los sujetos reside en la distorsión atributiva, y no en la distorsión motivacional o de la respuesta. Hollon y otros, 1958.

Desde esta misma perspectiva, los rasgos de personalidad identificados con adjetivos pueden conceptualizarse como expresiones abiertas de las estructuras subyacentes. Al asignar significados a los acontecimientos, las estructuras cognitivas inician una reacción en cadena que culmina en los tipos de la conducta abierta (estrategia) que se atribuyen a los rasgos de personalidad. Las pautas conductuales que comúnmente adscribimos a los rasgos o disposiciones de la personalidad, representan en consecuencia estrategias interpersonales desarrolladas a partir de la interacción entre las disposiciones innatas y las influencias ambientales.

Por lo tanto la concepción de personalidad tiene en cuenta el papel desempeñado por la historia evolutiva en la conformación de patrones de pensamientos, sentimientos y acciones. La comprensión de las estructuras, funciones y procesos de la personalidad, se pueden entender de una mejor manera si se examinan las actitudes, los sentimientos y las conductas a la luz de una posible relación con estrategias etológicas.

Los procesos subyacentes están programados y se expresan en la conducta manifiesta. El desarrollo de esos programas a menudo depende de la interacción con la experiencia de las estructuras determinadas genéticamente. (Gilbert, 1989). Es razonable considerar que en los procesos automáticos (el modo como se construyen los acontecimientos, sentimientos y la disposición a actuar) influyen procesos cognitivos- afectivos- motivacionales antiguos. Los programas involucrados en el procesamiento cognitivo, el afecto, la excitación y la motivación, pueden haber evolucionado como consecuencia de su capacidad para sostener la vida y promover la reproducción.

Es presumible que la selección natural haya generado algún tipo de ajuste entre la conducta programada y las exigencias del ambiente. Pero el ambiente ha cambiado con más rapidez, que las estrategias adaptativas automáticas; en gran medida como resultado de las modificaciones que las personas mismas han impuesto en el medio social.

Por lo anterior se llega a la conclusión que , las estrategias pueden considerarse formas de conducta programada destinada a servir a metas biológicas. Aunque el termino implica un



plan racional, consistente, aquí no se emplea en este sentido, sino más bien como lo hacen los etólogos, para indicar conductas estereotipadas altamente pautadas, favorables a la supervivencia individual y la reproducción (Gilbert, 1989). Se puede considerar que estas pautas de conducta tienen como meta final la supervivencia y la reproducción: la —eficacia reproductiva‖ o la —capacidad de adaptación.

Procesos que se ven realizados en los trastornos de personalidad también pueden clasificarse mediante estudios de campo en la psicología evolutiva. La conducta adhesiva, la timidez o la rebeldía observada en el niño que crece pueden persistir a lo largo del periodo de desarrollo (Kagan, 1989). Augurando que esas pautas persisten en la adolescencia tardía y la edad adulta, y pueden seguir manifestándose en algunos de los trastornos de personalidad. Con independencia del origen final de los prototipos genéticamente determinados de la conducta humana, hay pruebas firmes de que ciertos tipos de temperamentos y pautas conductuales relativamente estables ya están presentes desde el nacimiento (Kagan, 1989 citado Beck y Freeman 1995). Situación que lleva a la consideración de esas características innatas como —tendencias‖ que la experiencia puede acentuar o aplacar. Además entre las pautas innatas del individuo y las pautas de otras personas significativas pueden establecerse como ciclos continuos de refuerzo recíproco.

Desde esta formulación se ha concluido que la dotación innata puede interactuar con las influencias ambientales para generar distinciones cuantitativas en las pautas cognitivas, afectivas, y conductuales características que explican las diferencias individuales de personalidad. Cada individuo tiene un perfil único de personalidad, que consiste en los diversos grados de probabilidad de que responda de cierto modo a cierto grado de una situación particular. Beck y Freeman, (1995).

Por tanto los seres humanos con trastornos de personalidad presentan las mismas conductas repetitivas en muchas más situaciones que las otras personas. Los esquemas inadaptados típicos de los trastornos de personalidad son suscitados por muchas o casi todas las situaciones, teniendo un carácter compulsivo y con menos facilidad de controlar o modificar en su equivalente a otras personas. Toda situación que opere sobre el contenido de sus

esquemas mal adaptados los activa, en vez de activar los más adaptativos. En su mayor parte, esas pautas son contraproducentes para muchas de las metas importantes de estos individuos.

Reacciones caracterizadas por actitudes y conductas disfuncionales que presentan una generalización excesiva, inflexibilidad, dominancia y resistencia al cambio. Beck y Freeman, (1995).

Los individuos particularmente sensibles al rechazo, el abandono o la frustración suelen desarrollar miedos y creencias intensas sobre el significado catastrófico de esos hechos. Beck y Freeman, (1995). De esta manera, puede parecer que el examen de las pautas cognitivas conductuales subestima los aspectos subjetivos de la vida emocional. Como sentimientos de tristeza, alegría terror, y cólera. Debido a que es probable que se sientan tristes cuando se está separados de un ser querido o se sufra una pérdida de estatus, donde es agradable recibir expresiones de afecto y alcanzar una meta y enojarse cuando se es tratado injustamente. El afecto relacionado con el placer y el dolor desempeña un papel clave en la movilización y el mantenimiento de las estrategias cruciales. Las estrategias de supervivencia y reproducción, parecen operar en parte a través de su ligazón con los centros de placer- dolor. Como se ha señalado antes, las actividades dirigidas a la supervivencia y a la reproducción conducen al placer cuando se consuman con éxito y al —dolor cuando se ven frustradas. Los impulsos relacionados con los apetitos alimentarios y sexuales crean tensión al ser estimulados y gratificación al ser satisfechos. Otras estructuras emocionales que producen ansiedad y tristeza, respectivamente, refuerzan las señales cognitivas que alertan ante el peligro o acentúan la percepción de que se ha perdido algo valioso Beck y otros, (1985).

Llegados a este punto, se entiende que las diferentes perspectivas de psicóloga dan un amplia conceptualización que permite comprender la personalidad y que criterios son los que fomentan el desarrollo de la misma, además se abordan puntos cruciales que facilitan la apreciación de la personalidad psicopatológica o trastorno de personalidad como son: las pautas de crianza, el medio en donde se desenvuelve el sujeto, así como las creencias que se van formando en su mente facilitando la formación de esquemas mal adaptativos vinculados a el concepto de trastorno de personalidad.

Para poder entender la clasificación de los mismos, y de esta manera facilitar su diagnóstico El Manual Diagnóstico DSM –IV- TR considera diez tipos de trastornos de personalidad y en su versión más reciente DSM- 5 (2014) presenta un nuevo modelo de evaluación de los trastornos de personalidad. El modelo alternativo de los Trastornos de la Personalidad del DSM-5 los caracteriza por dificultades en el funcionamiento de la personalidad y por rasgos de personalidad psicopatológicos; y tiene en cuenta seis diagnósticos específicos. Este enfoque también incluye un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad-Especificado por Rasgos (TP-ER), que se puede realizar cuando se considera que existe un Trastorno de la Personalidad pero que no se cumplen los criterios de ningún trastorno específico.

A continuación se presenta a profundidad la conceptualización del trastorno de personalidad antisocial, el cual se configura como tema central de este documento.

#### *Psicopatología de Trastorno de personalidad antisocial*

Trastorno antisocial o sociopático de la Personalidad (Climent, 2014) cubre un amplio espectro. Se trata de un trastorno definido como un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Howard, RC., Huband, N., Duggan, C., Mannion, A. (2008). Su campo de acción es infinito y abarca desde las violaciones “menores” de los derechos de los demás, hasta los genocidios. (Climent, 2014) . Si se toma como punto de referencia las normas diagnósticas de las clasificaciones internacionales, indican entre otras características, que tales sujetos *no respetan normas sociales, utilizan la mentira, conducta impulsiva, conducta irresponsable, incumplimiento de tareas o acuerdos, dificultad empática y carencia de conciencia moral*, y al menos del 1% de la población lo sufre.

El diagnosticar dicho trastorno se ha convertido en un desafío para los clínicos, ya que existen conductas antisociales que se “normalizaron” por la frecuencia con que suceden y el medio tolera tal violación a la norma de niveles históricos; que se vislumbra en toda la sociedad y todos los estratos socioeconómicos. (Climent, 2014).

El trastorno antisocial de la personalidad resulta poco preciso y constituye una patología heterogénea. De Brito SA, Hodgins, S. (2009). De hechos se puede diferenciar un grupo en que predomina la violencia reactiva o emocional y otro de predominio de violencia proactiva o instrumental. En el subgrupo de la delincuencia emocional tiene más peso los ítems conductuales y predomina la violencia contra personas conocidas. Desde el punto de vista del modelo de Cloninger, alta evitación del daño y baja dependencia a la recompensa. Han sido niños sensibles e impulsivos y responden con ira ante la frustración. En este subgrupo la comorbilidad con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010).

Los sujetos con este trastorno de personalidad antisocial; con frecuencia han presentado un trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o presentan frecuentemente antecedentes disociales en su infancia y adolescencia: se asocia a bandas con una jerga específica, consumen alcohol /drogas desde una edad temprana frecuentemente intimidan o acosan a otros, suelen iniciar peleas físicas, han usado algún arma, han sido crueles con los animales o con personas, han hecho frente, y robado a una víctima, han causado juegos con la intención de provocar un daño serio, frecuentemente mienten para conseguir favores o evitar obligaciones, no se han adaptado al medio escolar o han huido del hogar. . Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010).

Los menores con estos rasgos disociales han fracasado en la escuela, carecen de un desarrollo moral adecuado, no tienen límites, tienden a buscar emociones fuertes, son egocéntricos, carecen de escrúpulos y tienen dificultades para empatizar con los demás. La motivación central es el hedonismo, con una incapacidad para posponer gratificaciones y planificar el futuro (centrados en el aquí y el ahora), con dificultades para aprender de la experiencia y poco reactivos ante el castigo. A nivel interpersonal hay una búsqueda del poder y del control y un escaso desarrollo de las habilidades de comunicación y de resolución de problemas. Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010)

A nivel cognitivo los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad es regido por lo que Piaget denomina “pensamiento concreto” existe una incapacidad de supeditar lo real a lo posible. Su concepción del mundo es personal, no interpersonal. En términos sociocognitivos no pueden adoptar el punto de vista del otro, al mismo tiempo que el suyo propio. Existe incapacidad de asumir el rol del otro. Su pensamiento es lineal, esto indica que solo tienen en

cuenta las reacciones de los demás después de tratar de satisfacer sus propios deseos. Sus actos no se basan en elecciones con sentido social, debido a sus limitaciones cognitivas. Beck (1995). Kagan citado por Beck (1995) sostiene que la edad de latencia (adolescencia) precipita o contribuye a que el desarrollo psicosocial en el ser humano permita mantener acciones acorde a lo que la sociedad espera o por el contrario las conductas delictivas o en contra de las normas sociales aparecen y se fortalecen, Kagan continua afirmando que la intervenciones esperadas para este tipo de casos se centran en mantener límites claros, que protejan los esfuerzos que los pacientes realizan para lograr independencia fomentando una mayor coincidencia en las conductas y las cogniciones de los derechos y sentimientos de los demás.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se ha realizado una exploración exhaustiva de lo que se considera a nivel teórico el trastorno de personalidad antisocial y sus síntomas, llevando a entender la sociopatía como una de las manifestaciones más comunes en los pacientes, por la habilidad que tiene el sujeto en manipular a los que se encuentran alrededor.

Pero más allá de entender síntomas, el interés es mostrar dos técnicas que han marcado cambios significativos a largo plazo en la intervención del trastorno. El interés es evidenciar las herramientas más adecuadas para la intervención en las diferentes afectaciones que tienen los sujetos.

#### *Técnicas de habilidades de afrontamiento y Solución de problemas*

Como señala Spiegler y Guevremont en el 2010 y citado por Ruiz y cols. 2012, existen meta procesos cognitivos básicos que desarrollan, mantienen y agravan problemas psicológicos y de relaciones sociales, este déficit de habilidades cognitivas impide o limita la puesta en marcha de repertorios comportamentales, procesos de auto-regulación emocional, así como la reflexión, análisis y toma de decisiones. Esto permite afrontar con éxito una situación o reducir el malestar ocasionado por la presencia de acontecimientos vitales negativos. A continuación encontraran tres técnicas de intervención cognitivo conductual que enmarcan su objetivo en incrementar las habilidades de afrontamiento: 1. Entrenamiento en Autoinstrucciones 2. Inoculación del estrés. 3. Entrenamiento en solución de problemas.

El entrenamiento en Autoinstrucciones (EA) fue diseñado por Meichenbaum (1969) con el objetivo de instaurar o modificar el dialogo interno cuando lo que sujeto se dice a sí mismo, supone una interferencia en la ejecución de la tarea específica, o bien, presenta dificultades para abordarla adecuadamente. Desde la psicología básica, las autoinstrucciones son consideradas estrategias Metacognitivas cuyo objetivo es favorecer la autorregulación de la conducta, así como la creencia y la confianza en la propia capacidad. Básicamente el objetivo es enseñar a pensar. Estas estrategias se encuadran en habilidades Metacognitivas generales, es decir, estrategias que no están dirigidas a resolver problemas en sí, sino que facilitan el acceso a las habilidades específicas necesarias para resolver el problema, entre ellas: aprendizaje y memoria, pensamiento, atención, flexibilidad cognitiva. Las autoinstrucciones tienen varias funciones: 1. Preparar al sujeto para utilizar las autoinstrucciones específicas, según el momento o situación sean más adecuadas. 2. Focalizar la atención. 3. Guiar la conducta. 4. Proporcionar refuerzo y retroalimentación sobre la ejecución. 4. Evaluar los resultados de la ejecución. 5. Reducir la ansiedad.

Por otra parte está, El Entrenamiento en Inoculación del Estrés, es un paquete de técnicas cognitivo conductuales diseñado inicialmente para el entrenamiento de problemas de ansiedad (Meichenbaum y Cameron, 1973). Actualmente se considera una técnica heurísticamente útil de conceptualizar el estrés y los factores que pueden promover el cambio (Meichenbaum, 1992 citado por Ruiz y cols. 2012). Se pretende inmunizar psicológicamente al individuo contra situaciones o acontecimientos estresantes de baja intensidad afianzando, reforzando e incrementando su repertorio de estrategias de afrontamiento. Como señala (Meichenbaum, 1992 citado por Ruiz y cols. 2012) en la EIE se presta atención a los procesos de preparación y asimilación de los acontecimientos estresantes puesto que la sorpresa y la falta de preparación dificultan los esfuerzos de afrontamiento y facilitan el desajuste emocional. Los objetivos de EIE se centran en tres áreas fundamentales: 1. La promoción de una actividad autoregulatoria adecuada que implique reducir o suprimir la intensidad de auto-verbalizaciones, imágenes y emociones perturbadoras e incrementar o instaurar aquellas que proporcionen un funcionamiento más adaptativo. 2. Modificación de conductas desadaptativas y el incremento o instauración de conductas adaptativas. 3. Revisión y modificación de la estructura cognitiva (creencias, supuestos básicos) que estén promoviendo valoración negativa de sí mismo y del mundo.

Y finalmente la Terapia en Solución de Problemas (TSP) es una intervención cognitivo conductual dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar problemas, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida y conseguir de esta forma identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Los objetivos de la TSP es reducir la psicopatología, así como optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, previendo recaídas y el desarrollo de nuevos problemas ( D´Zurilla y Nezu, 2010 citado por Ruiz y cols 2012). El proceso de Solución de Problemas PSP puede definirse como la secuencia cognitivo- conductual a través de la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas de la vida cotidiana, generando y utilizando para ello un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades de diferente naturaleza (cognitivo, conductual y emocional), que deben ser puestas en marcha coordinadamente , de forma flexible para adecuarse a la diversidad de escenarios estresantes de la vida.

## Análisis del Caso

### *Listado de Conductas Problema*

Conducta	Descripción
Conducta 1	Inestabilidad Emocional (irritabilidad, ira) cambia de estado de ánimo con facilidad.
Conducta 2	Conducta desafiante: Cada vez que recibe una orden de su madre o persona que demuestra autoridad voltea la cara, desvía la mirada, agacha la cabeza, o se retira del lugar.
Conducta 3	Conducta Delictiva: Robo con el datafono
Conducta 4	Consumo de alcohol cada vez que sale a fiesta con sus amigos “yo me fui, que me iba a pasar. a mí no me pasa nada” “mi mama jode pero eso es normal en ella”
Conducta 5	Se dirige a su Mamá como: “esa vieja si jode” “uy ahora que quiere” “se según ella que hice”
Conducta 6	Ha golpeado los objetos cercanos cuando hay una discusión
Conducta 7	Pensamientos constantes de minimización “hay no sé por qué se ponen así, por una bobada como lo del datafono” “mi mama siempre exagera todo”
Conducta 8	Echar la culpa: “es que yo hice lo del datafono porque mi mama no me iba a dar lo de la cirugía” “igual nada va a pasar, mi abogada me ayuda, ella sabe lo que debe hacer”
Conducta 9	No realiza tareas cuando se le solicitan.
Conducta 10	Llega tarde a las actividades que se le asignan.

### *Unidad de análisis*

Unidad de análisis	Descripción	Hipótesis explicativas de la génesis y mantenimiento del problema
Patrón de suspicacia	Caracterizada por Expectativas y sensibilidad a señales de prejuicio o mala intención interpersonal; ideas recurrentes sobre “todos piensan que algo voy hacer” dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás, “mis amigos eran por el rato, ellos lo ven a uno con problemas y se abren” “solo esperan que uno de la vuelta” Sentimientos de ser maltratado “mi hermano solo ve la forma de tratarme mal siempre” “mi mamá me trata mal” utilizado o perseguido por otro “lo del datafono no fue mi culpa, fue	Predisponentes Pertenece a una familia nuclear en la infancia presencio maltrato psicológico por parte de su padre a su madre, lo cual genera la separación de los mismos. La madre al tener el cuidado y responsabilidad total sobre los hijos mantiene conductas de sobre protección y confrontación constante con ellos, evidenciando poca confianza en los mismos



	<p>mi novio que me utilizo para hacerlo”.</p>	<p><b>Adquisitivos</b> Se adquiere por aprendizaje vicario y moldeamiento conductual (repertorio conductual de la madre patrón de desconfianza)</p> <p><b>Desencadenantes</b> En el presente caso no se logran identificar desencadenantes debido a que su patrón de comportamiento es un estilo de personalidad que inicia desde su infancia y se mantiene presente en las interacciones habituales.</p> <p><b>Mantenimiento</b> Cada vez que tiene una discusión con una persona o no se cumple los requerimientos que ella sugiere, su comportamiento es aislarse, rechazar todo aquello que se ofrece (comida, salidas) generando culpa en la madre, de esta manera obtiene atención por parte de ella y consigue lo que ella desea (reforzador positivo)</p>
<i>Inestabilidad emocional</i>	<p>Labilidad de las experiencias emocionales y del estado de ánimo, las emociones se despiertan con facilidad, con gran intensidad o de manera desproporcionada de acuerdo al suceso y circunstancia. Se dirige a su Mamá como: “esa vieja si jode” “uy ahora que quiere” “se según ella que hice”. Ha golpeado los objetos cercanos cuando hay una discusión. En discusiones sencillas ella reacciona con intensidad emocional ira, llanto. Golpea cosas, da portazos. Grita. Cuando la emoción es temor, se come las uñas, o ingiere más</p>	<p><b>Predisponentes</b> L.N pertenece a una familia nuclear en la cual se presentaban constantes peleas, gritos, insultos y golpes por parte de la pareja, esto sucede en la niñez de L.N. Cuando su madre la castiga o reprende por alguna situación la reacción emocional siempre es exacerbada.</p> <p><b>Adquisitivos</b> la desregulación emocional presentada por L.N subyace de aprendizajes por modelado por parte de su mamá y las tías que tienden a reaccionar de</p>

	<p>alimentos de los que su cuerpo le requiere.</p>	<p>esta misma forma en discusiones y altercados o cada vez que se frustran, además de ser reforzado por parte de la madre al validar dichos actos con frases como: “ella es así de berrinchosa” “cuando comienza nadie la para”</p> <p><i>Desencadenantes</i> Los desencadenantes están referidos a situaciones en donde se demanda una tarea o acción en donde ella no puede evadir la responsabilidad de la acción.</p> <p><i>Mantenimiento</i> LN. Ante situaciones que evalúa como molestas reacciona con un patrón conductual de excitación, (grita, llora, da empujones, portazos) para obtener la atención y aprobación de lo requerido, para evitar realizar algo que para ella sea desagradable, convirtiéndose en un reforzador negativo.</p>
<i>Justificación</i>	<p>Realiza acciones sin pensar en consecuencias, se evidencia en la poca planificación e incumplimiento en las tareas asignadas e impuntualidad, existen “excusas” para todo, y siempre justifica la acción en busca de suplir un capricho propio.</p>	<p><i>Predisponentes</i> En la infancia L.N al ser la menor en la familia y estar al cuidado de los abuelos cuando sus padres no podían hacerlo, siempre su abuelo paterno cumplía la demandas que L.N. sugería. La madre en su sobreprotección realizaba todas las tareas y requerimientos hechos por L.N.</p> <p>En su historia, L.N. no se hace responsable de sus propias conductas ya que siempre había alguien diferente que se responsabilizara por las mismas.</p> <p><i>Adquisitivos</i></p>

		<p>Se realiza por condicionamiento operante ya que las conductas de tipo (incumplimiento, irresponsabilidad) siempre fueron pasadas por alto por su madre o abuelos y se aceptaba los argumentos que justificaran su acto. (Reforzadores positivos).</p> <p><i>Desencadenantes</i> Situaciones que requieran responder por acciones propias. En este caso los desencadenantes no son claros ya que es parte de un patrón de comportamiento ligado a rasgos de personalidad.</p> <p><i>Mantenimiento</i> La validación de las justificaciones tales como “es que no alcance” “mi mamá no me dio la plata” “eso no es tarea mía” que el medio le trasmite (madre, abuelos).</p>
<i>Consecuencias de bajo impacto</i>	Las consecuencias de las conductas inadecuadas son debajo impacto, es decir, no son acordes castigar el hecho, o no son contingentes. Ya que L.N. es hábil en manipular situaciones y discursos, y justificando los incumplimientos de los mismos.	<p><i>Predisponentes</i> En la infancia L.N al ser la menor en la familia y estar al cuidado de los abuelos cuando sus padres no podían hacerlo, siempre su abuelo paterno cumplía la demandas que L.N. sugería. La madre en su sobreprotección realizaba todas las tareas y requerimientos hechos por L.N.</p> <p>Las consecuencias recibidas para L.N. no son acordes a las faltas que comete (bajo impacto) no previenen nuevas conductas inadecuadas, no promueven cambios conductuales y mantienen la aparición de las mismas.</p>

		<p><i>Adquisitivos</i></p> <p>Se realiza por condicionamiento operante ya que las conductas de tipo (incumplimiento, irresponsabilidad) siempre fueron pasadas por alto por su madre o abuelos y se aceptaba los argumentos que justificaran su acto. (Reforzadores positivos).</p> <p><i>Desencadenantes</i></p> <p>En el presente caso no se logran identificar desencadenantes debido a que su patrón de comportamiento es un estilo de personalidad que inicia desde su infancia y se mantiene presente en las interacciones habituales.</p> <p><i>Mantenimiento</i></p> <p>Las consecuencias recibidas para L.N. no son acordes a las faltas que comete (bajo impacto) no previenen nuevas conductas inadecuadas, no promueven cambios conductuales y mantienen la aparición de las mismas.</p>
--	--	--

## Conceptualización cognitiva

### Datos relevantes de la infancia

Procedente de familia nuclear, disfuncional con episodios constantes de violencia física y verbal por parte de los padres, cambios constantes de residencia, la interiorización de normas sociales no es clara, se evidencia dificultad para mantener correctivos impuestos y las consecuencias son de bajo impacto.



### Esquema mal adaptativos tempranos(s)

“siempre se termina haciendo lo que yo digo”  
“yo tengo mis razones para hacer lo que hago”  
“No me importa lo que los demás piensen de mí”  
“lo que yo hago está bien”



### Creencias (Actitudes, suposiciones y reglas)

“Siempre terminan dándome la razón”  
“uno se voltea y le hacen la jugada”  
“uno tienen a nadie”  
“la culpa de todo es..”



### Pensamientos automáticos y distorsiones

“por qué se meten conmigo”  
“No me entienden”  
“la mala del paseo soy yo”



### Estrategias (s) Compensatorias (s)

Desafío autoridad  
Irritabilidad  
Excusas  
Impuntualidad

A continuación encontrara una descripción del proceso realizado con la paciente L.N.; para ello se establecen dos objetivos centrados en el esfuerzo terapéutico: en primer lugar analizar la génesis y factores de mantenimiento del trastorno, seleccionando conductas diana en el caso clínico de TPA, y comparar las diferencias del repertorio conductual y emocional, antes y después de la intervención cognitivo – conductual, centrada en manejo de las habilidades autoregulatorias y de solución de problemas, mostrando la efectividad del proceso.

Dentro de la evaluación hecha a L.N. se han encontrado particularidades que como se menciona Beck y Freeman (1995) están sujetas a comportamientos que aparecieron antes de los 18 años y se mantienen como: mentir con regularidad, abandonar las actividades como empleo y/o universidad sin causa aparente y desobediencia deliberada a las normas sociales. De acuerdo a lo encontrado en Colombia, y por la problemática de violencia que se experimenta en el país, en ocasiones es difícil de percibir la sintomatología, ya que las faltas a la norma se ha normalizado, solo hasta cuando se cometen delitos de mayor impacto es cuando se puede evidenciar la magnitud del problema en el sujeto.

La evaluación muestra rasgos característicos que se convirtieron en elementos perturbadores para el avance del proceso terapéutico como la dificultad en la empatía por el otro, y la habilidad en manipular las situaciones y personas con gran facilidad. Pese a esto, el trabajo realizado con la paciente se considera exitoso ya que se cumplieron con los objetivos planteados al inicio del proceso tanto para L.N., la familia y el equipo Terapéutico que trabajo con la usuaria.

Se determina en principio varios objetivos a trabajar, pero en particular y realizando una evaluación exhaustiva tanto del caso como de los mejores resultados terapéuticos en pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad antisocial, se llega a la conclusión que el intervenir en dos aspectos en la pacientes regulación emocional y solución de problemas; ya que son primordiales para favorecer un mejor acoplamiento y reinserción a la sociedad, teniendo en cuenta la etapa de ciclo vital que la usuaria transita (adulto joven) y en busca de mayor funcionalidad en la misma.

De esta manera, dentro de los déficit encontrados en L.N *dificultades en las relaciones familiares*; esto debido a varias razones 1. Dificultad en la comunicación. 2. Mentiras

constantes. 3. Incumplimientos de las reglas impuestas por su madre. 4. Agresiones tanto física como verbal, está marcada por la irritabilidad de la paciente y bajo control emocional de la misma 5. Irresponsabilidad. *Conducta delictiva*; Violación a la norma, en específico participe de robo cibernético. *Dificultades académicas*: perdidas de semestre académico por faltas injustificadas, bajo rendimiento en las mismas.

Al indagar con mayor profundidad en lo encontrado se evidencia que los patrones de crianza utilizados en L.N. se presentaron fluctuantes y poco claros debido a que en su historia de vida se evidencia traslados constantes de residencia y de cuidadores, esto genera dificultad en la interiorización de la norma, además del conflicto en aprender y reforzar conductas adecuadas y no adecuadas, de acuerdo a su contexto social. Dichos síntomas se agravan por la falta de contingencia en las consecuencias conductuales de bajo impacto por la poca eficiencia en el cambio conductual que se espera obtener.

Los rasgos se marcan por dos hipótesis de mantenimiento determinantes: creencias centrales de Justificación y razonamiento emocional. Esto aprendido por condicionamientos operantes y modelamientos (madre) que no varían por las consecuencias de bajo impacto recibidas cuando las conductas no son coherentes con las normas sociales. Esto a su vez, de acuerdo a lo planteado por Beck y citado por Riso (2005) marcado por reglas como “el fin justifica los medios” “tengo razón en lo que hago ya que es para mí beneficio” para esto utiliza actitudes que le permiten manipular la situación para su beneficio, esto en ausencia de planificación a futuro y búsqueda de recompensas a corto plazo. Las racionalizaciones están marcadas en poca reflexión, empatía por los demás, y acciones impulsivas sin medir riesgos.

Por otra parte, aparece de forma constante síntomas de ansiedad que al ser evaluados con instrumentos diagnósticos no muestran puntuaciones significativas, y según lo encontrado en la formulación se deriva del rasgo característico de inestabilidad emocional; en este aspecto L.N conductualmente mantiene ingesta de alimentos (golosinas y carbohidratos) constantemente sin marcar límites, así como tensión muscular, dificultades en mantener el sueño.

Las relaciones se ven afectadas por intereses en conseguir consecuencias a corto plazo que generan placer inmediato, cuando esto no es posible la irritabilidad aparece y los síntomas de

ansiedad se incrementan. Las consecuencias negativas generan mayor frustración, así mismo intensidad de emociones negativas, y a partir de esto resuelve problemas impulsivamente.

En un principio, la intervención se maneja con técnicas conductuales, para fijar normas y mantener conductas adecuadas de puntualidad y responsabilidad con las tareas, posterior a esto con los ejercicios asignados se comienza a evidenciar el déficit evaluado al inicio con la paciente marcado por frustraciones constantes, evidenciando con claridad la inestabilidad emocional y la baja tolerancia a la frustración. Sobresale la actitud defensiva de la paciente durante el proceso, pero en el avance de las sesiones se adapta al cumplimiento del horario y la realización las tareas asignadas.

Se inicia el entrenamiento en autonomía, dado que se han identificado dificultades en el establecimiento de prioridades claras y asequibles, para ello se educa a la paciente en procesos de pensamiento abstracto, permitiendo flexibilizar las estrategias de afrontamiento y abrir el universo de “posibilidades”, brindando ayuda en el reconocimiento las creencias disfuncionales que distorsionan su perspectiva temporal y le impiden obtener información crítica del contexto. Al finalizar el entrenamiento en autonomía la paciente muestra una mejora moderada con respecto a la lectura de su contexto y toma de decisiones.

De acuerdo con los objetivos planteados para L.N se logra el establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo, todas estas evaluadas por ella en términos económicos y contextuales que le permiten acceder con éxito a las mismas, durante el ejercicio se realiza la exposición a sus emociones negativas provocando la detección del malestar y del pensamiento automático que lo acompaña, mitigando el impacto de las emociones negativas con el entrenamiento en el manejo de estrés y estableciendo nuevas estrategias para resolver las situaciones cotidianas.



## **Conclusiones**

Para el caso se puede concluir que la implementación de la Intervención Cognitivo – Conductual en un paciente con trastorno de personalidad antisocial centrado en el manejo de las habilidades autoregulatorias y de solución de problemas, favorecen el pronóstico dado que la paciente diseña y ejecuta estrategias para afrontar las emociones negativas y toma decisiones frente al contexto.

Al analizar la génesis y factores de mantenimiento del trastorno, se encuentran que las deficientes prácticas de crianza aplicadas en la paciente dificultaron la interiorización de las normas y los límites sociales, en consecuencia la transgresión de las normas se convierte en repertorios conductuales mal adaptativos, en cuanto a los factores de mantenimiento se identifican consecuencias de bajo impacto que no ajustadas a las conductas inadecuadas.

El entrenamiento en autonomía, mejora el establecimiento de prioridades claras y asequibles, educando a la paciente en procesos de pensamiento abstracto, que permiten flexibilizar las estrategias de afrontamiento y abrir el universo de “posibilidades”, brindando ayuda en el reconocimiento las creencias disfuncionales que distorsionan su perspectiva temporal y le impiden obtener información crítica del contexto. Al finalizar el entrenamiento la paciente muestra mejoría con respecto a la lectura de su contexto y toma de decisiones.

Se logra el establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazo, todas estas evaluadas por ella en términos económicos y contextuales que le permiten acceder a ellas con éxito, durante el ejercicio se realiza la exposición a sus emociones negativas provocando la detección del malestar y del pensamiento automático que lo acompaña, mitigando el impacto de las emociones negativas con el entrenamiento en el manejo de estrés y estableciendo nuevas estrategias para resolver las situaciones cotidianas.

Adicional a esto, se encuentra una mejoría significativa en las relaciones familiares ya que se han disminuido las discusiones, el uso del lenguaje inapropiado, por otra parte, es más asertiva al expresarse cotidianamente corroborados por la información que brinda la madre. Además de mejorar la relación con su hermano mayor con el cual actualmente tiene una relación más cercana y comparte más seguido con él y su familia.

## REFERENCIAS


- Beck, A. y Freeman, A., (1995) *Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Cap. 1,2. Nueva York: The Guilford Press.
- Caballo V. (2006). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: *trastornos generales*. Edición pirámide.
- De Brito SA, Hodgins, S. (2009) Antisocial Personality disorder. In M. McMurran, R Howard (Eds). *Personality, personality disorder and violence: An evidence based approach*. Chichester, United Kingdom: Wiley- Blackwell pp. 133- 153.
- Echeverri, J. (2009) Estudio del perfil psicológico de un asesino serial en Medellín. Revista Pensando Psicología. De la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia. Vol. 5 N° 8 33-43
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010) Violencia y trastornos de personalidad: *implicaciones clínicas y forenses*. Actas Esp Psiquiatr 38 pp. 249- 261.
- Escobar, Uribe (2014). Avances en Psiquiatría desde el modelo biopsicosocial. . Facultad de medicina Univeridad de los Andes.
- Howard, RC., Huband, N., Duggan, C., Mannion, A. (2008). *Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample*. J Pers Disord 22 pp 589- 603.
- Lykken, DT. (1995). *Las personalidades antisociales*. Barcelona.
- McRae y Costa (1995) Citado por Ortiz- Tallo, M. Fierro, A. Blanca, M. Cardenal, V. y Sánchez, L. (2006). *Factores de Personalidad y delitos violentos*. Psicothema 18(3), 459- 464.
- Millon, T. (2006) *Trastornos de la Personalidad en la vida moderna*. Segunda edición, Editorial Masson, Bacerlona. España.
- Millon, T. (2006) Trastornos de la Personalidad en la vida moderna. *Trastornos de la Personalidad: conceptos actuales y principios clásicos*. Pp. 1- 39. Segunda edición, Editorial Masson, Bacerlona. España.
- Nezu, Nezu (2004) Formulacion de Casos y diseño de tratamiento cognitivo Conductual. Enfoque basado en problemas. Manual Moderno.
- Ruiz, Diaz, Villalobos (2012) Manual de técnicas de Intervencion Cognitivo Conductual . Biblioteca de Psicologia. Uned. Ed. Desclee de Brouwer.
- Ortiz- Tallo, M. Fierro, A. Blanca, M. Cardenal, V. y Sánchez, L. (2006) *Factores de Personalidad y delitos violentos*. Psicothema 18 (3), 459- 464.
- Torrubia, R. y Cuquerella, A. 2008. Psicopatía: Una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría Forense. Revista española de Medicina Legal. Pp. 25-35.

Winberg, M. y Vilalta, R. (2009) *Evaluación de trastorno de personalidad mediante el inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) en una muestra forense*. Psicothema 21(4), 610- 614.

Woodworth M., Porter S.(2002) *In cold Blood: Characteristic of criminal homicides as a function of psychopathy*. Journal of Abnormal Psychology 436-445.

# Inventario de Ansiedad Rasgo/Estado STAI

**Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE**



28-2

## IDARE

Inventario de Autoevaluación  
por  
C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	0 NIENTO ABSOLUTO	1 UN POCO	2 BASANTE	3 MUCHO
1. Me siento calmado(a) .....	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a) .....	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a) .....	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a) .....	①	②	③	④
5. Estoy a gusto .....	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a) .....	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo .....	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a) .....	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a) .....	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a) .....	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a) .....	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a) .....	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a) .....	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar" .....	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a) .....	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a) .....	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a) .....	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a) .....	①	②	③	④
19. Me siento alegre .....	①	②	③	④
20. Me siento bien .....	①	②	③	④

D.F. © 1980 por  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.  
Miembro de la Cámara Nacional  
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 38

Impreso en verde y negro. NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

-8-

Con fines académicos, se prohíbe su reproducción total o parcial sin autorización de cada autor.

# IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	0	1	2	3
	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien .....	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente .....	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar .....	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo .....	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente .....	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a) .....	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" .....	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas .....	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia .....	①	②	③	④
30. Soy feliz .....	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho .....	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a) .....	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a) .....	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades .....	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a) .....	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a) .....	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan .....	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza .....	①	②	③	④
39. Soy una persona estable .....	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a) .....	①	②	③	④

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE INTERVENCIÓN EN PACIENTE CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD ANTISOCIAL; CENTRADO EN EL MANEJO DE HABILIDADES AUTO REGULATORIAS Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

Nombre de la psicóloga(o): Diana Carolina Ortiz Cáceres

Señor(a) LUISA FERNANDA BOLAÑO ARGUELLO le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

#### Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Sé que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a describir la eficacia de la Intervención Cognitivo – Conductual en un paciente con trastorno de personalidad antisocial centrado en el manejo de las habilidades autoregulatorias y de solución de problemas, favoreciendo el pronóstico.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

---

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre Trastorno de la Personalidad Antisocial y de haber recibido del señor(a) DIANA CAROLINA ORTIZ CACERES explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre,



consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a DIANA CAROLINA ORTIZ CACERES para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia de la señora Carmen Arguello (testigo), en la ciudad de Bucaramanga el día 4 del mes de noviembre del año 2015.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Luisa Fernanda Bolaño Arguello Firma: Luisa F. Bolaño A.  
Cédula de ciudadanía: 1047469523 de Cartagena

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Diana Carolina Ortiz Cáceres Firma: Diana Carolina Ortiz  
Cédula de ciudadanía: 60268198 de Pamplona  
Teléfono: 301 231 6957, Correo electrónico: dianitaorca@hotmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Amparo Durán Mosquera Firma: Amparo Duran M.  
Cédula de ciudadanía: 37 835 777 de Bucaramanga  
Teléfono: 317 300 3876, Correo electrónico: amparo.duran.mosquera@gmail.com